

ALINE VITALI GRANDO

**DÉFICIT COGNITIVO EM IDOSOS NA COMUNIDADE DO
RIO TAVARES, FLORIANÓPOLIS – SC
Prevalência e comparação com a população idosa geral**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

ALINE VITALI GRANDO

**DÉFICIT COGNITIVO EM IDOSOS NA COMUNIDADE DO
RIO TAVARES, FLORIANÓPOLIS – SC**
Prevalência e comparação com a população idosa geral

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Orientador: Prof. Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt

Co-orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Marasciulo

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina**

2006

*“Volver a los diecisiete después de vivir un siglo
es como descifrar signos sin ser sabio competente,
volver a ser de repente tan frágil como un segundo,
volver a sentir profundo como un niño frente a Dios,
eso es lo que siento yo en este instante fecundo.”*

Violeta Parra

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, meu muito obrigado à minha família, inesgotável fonte de apoio e estímulo, especialmente meus pais, que em nenhum momento economizaram esforços para que realizações pessoais e felicidade fossem constantes em minha vida. À Caloi pela compreensão e abdição... também pela amizade e pela presença de espírito nos momentos mais surpreendentes. Ao Rafa, que parece não querer voltar mais... volta logo!!

Ao João pelas “orientações”, opiniões, sugestões, críticas, paciência, amizade, amor incondicional... enfim, por existir.

Muito obrigado também a todos os amigos, em especial ao Nicholas, ó dupla! Por seres assim, tão correto e incansável na arte de conservar grande amizades. Aos funcionários do Centro de Saúde do Rio Tavares, fundamentais para a realização da coleta de dados. E ao Rafael Goulart, indispensável nos momentos de desespero na relação com a “máquina”.

Aos idosos do Rio Tavares, obrigado pela forma carinhosa com que me receberam e por terem partilhado comigo suas histórias.

Aos professores que me fizeram enxergar que a medicina vai muito além de fazer diagnósticos brilhantes e prescrever medicamentos: César Simionato e Paulo Bittencourt. Também ao Dr. Antônio Carlos Marasciulo, pelo bom humor, disponibilidade e competência com que me conduziu pelos tortuosos caminhos da estatística e à Dra. Eleonora d’Orsi, pela paciência e inestimável ajuda.

Por fim, muito obrigado a todos aqueles que, de alguma forma, tiveram tolerância com meus momentos de mal-humor e insanidade.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência de comprometimento cognitivo em idosos acima de 65 anos residentes no Rio Tavares, Florianópolis – SC. Comparar aspectos do perfil dos idosos acometidos e não acometidos.

Método: Avaliaram-se idosos residentes na comunidade (n=55 m=23 f=32) com o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e com um questionário sobre aspectos demográficos, condições de saúde e estilo de vida. Dividiu-se a amostra em idosos jovens (65-75 anos) e idosos velhos (≥ 75 anos) e escolaridade (analfabetos, baixa/média, alta). Comparou-se o MEEM dos grupos utilizando-se teste t de Student ($p < 0,05$). Aspectos demográficos, de estilo de vida e de saúde foram descritos.

Resultados: A média de idade foi 75,75 anos (dp 7,18) do MEEM 20,91 (dp 6,29) e de escolaridade 3,47 (dp 3,92). Prevalência de déficit cognitivo foi 20%, acometendo 1/11 analfabetos, 8/38 com baixa/média escolaridade e 2/6 com alta escolaridade. A distribuição por sexo mostrou, nos grupos com e sem comprometimento, predominância de mulheres (6/11 e 26/44), idosos velhos e baixa escolaridade. Em ambos os grupos sintomas depressivos são comuns (4/11 e 8/44), além de doenças crônicas (9/11 e 39/44). Muitos realizam atividades da vida diária (5/11 e 30/44), buscam assistência de saúde no Centro de Saúde da comunidade (7/11 e 18/44) e moram com familiares (9/11 e 37/44).

Conclusão: A prevalência de déficit cognitivo é 20%. O perfil demográfico, clínico e de estilo de vida é muito semelhante entre os grupos.

Palavras-chave: comprometimento cognitivo, prevalência, idosos, MEEM.

ABSTRACT

Objective: The study aims to estimate the prevalence of cognitive impairment in community-dwelling elderly above 65 years and compare features of subjects with and without cognitive impairment.

Methods: Elderly community subjects (n=55 m=23 f=32) were evaluated using Mini-Mental State Examination (MMSE) and a questionnaire about demographic health status and life style features. The sample were divided in younger old (65-75 years old) and oldest old (≥ 75 years old) and schooling (illiterate, low/medium, high). Student's test was used to compare MMSE between groups ($p < 0,05$). Demographic, life style and health status features were described.

Results: Means of age, MMSE and schooling were 75,75 anos (sd 7.18), 20.91 (sd 6.29) and 3.47 (sd 3.92), respectively. The prevalence of cognitive impairment was 20%. In this group, 1/11 was illiterate, 8/38 had low/medium schooling and 2/6 had high schooling. Gender distribution showed, in the groups with and without cognitive impairment, a majority of women (6/11 and 26/44), oldest old and low educational level. Depressive symptoms are common (4/11 and 8/44) in both groups as well as chronic diseases (9/11 and 39/44). A great number of subjects develop activities of daily living (5/11 and 30/44). Many of them seek of care in the Primary Health Care services nearby (7/11 and 18/44) and live with their relatives (9/11 and 37/44).

Conclusions: The prevalence of cognitive impairment is 20%. Demographic, clinic and life style profiles are very similar when comparing the groups.

Key-words: cognitive impairment, prevalence, elderly, MMSE.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – “Box Plot” dos escores do MEEM.....	10
Figura 2 – Proporções de sujeitos com e sem comprometimento nas faixas de escolaridade.....	11
Figura 3 – Frequência de doenças crônicas, sintomas depressivos e uso de medicações crônicas: comparação entre os grupos.....	12
Figura 4 – Local onde buscam assistência médica: número de sujeitos em cada grupo.....	14
Figura 5 – Presença de rede de apoio e recebimento de benefício previdenciário: número de sujeitos em cada grupo.....	14

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição demográfica da amostra completa de acordo com a idade, escolaridade e sexo.....	9
Tabela 2 – Distribuição da escolaridade segundo o sexo.....	9
Tabela 3 - Médias da idade e do MEEM segundo a escolaridade.....	10
Tabela 4 - Média do MEEM por faixa etária.....	11
Tabela 5 - Associação bicaudal entre idade, sexo, escolaridade e déficit cognitivo.....	11
Tabela 6 - Características dos grupos com e sem comprometimento cognitivo.....	12
Tabela 7 - Atividades da vida diária e de lazer nos grupos.....	13

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE TABELAS	viii
SUMÁRIO	ix
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	4
2.1 Objetivo geral	4
2.2 Objetivo específico	4
3 MÉTODO	5
3.1 Delineamento	5
3.2 Local	5
3.3 População e amostra	5
3.4 Coleta de dados	5
3.5 Processamento e análise de dados	7
3.6 Aspectos éticos	7
4 RESULTADOS	9
5 DISCUSSÃO	15
5.1 Déficit cognitivo	15
5.2 Fatores demográficos, relacionados à morbidade e hábitos de vida	16
5.3 Limitações do estudo	19
5.4 Considerações finais	20
6 CONCLUSÕES	21
REFERÊNCIAS	22

NORMAS ADOTADAS.....	25
ANEXOS.....	26

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno recente, universal e inexorável. Suas causas são multifatoriais e elas são diferentes quando comparamos sociedades desenvolvidas com aquelas em desenvolvimento. Entretanto, suas conseqüências são igualmente importantes do ponto de vista social, médico e de políticas públicas.¹ Segundo projeções das Nações Unidas, em termos absolutos, a população mundial com 60 anos ou mais aumentará entre os anos de 2000 e 2025, de 609 milhões para cerca de dois bilhões.²

Nos países em desenvolvimento, em especial, este crescimento tende a ser mais significativo. No que diz respeito ao Brasil, segundo Scazufca *et al.*,³ estima-se que já em 2025 venha a ser o sexto país no mundo em número absoluto de idosos. Recorde-se que em 1950 essa população era de aproximadamente 2 milhões, e correspondia a 4,1% da população total. No ano de 2000 esta população aumentou para 13 milhões, mais que sextuplicando. Nos próximos 50 anos estima-se que a população idosa brasileira será de 58 milhões, o que corresponderá a 23,6% da população total do país.³

Refletindo o panorama mundial, a conjugação de diversos fatores que incluem, dentre outros, melhorias nos serviços médicos e redução da mortalidade e da natalidade, é expressada numa significativa mudança do padrão demográfico do país, processo este conhecido como transição demográfica.⁴ Este fato revela indicadores positivos de uma melhora na qualidade de vida da população; porém faz surgir novas demandas para os serviços de saúde, gera aumentos substanciais nos custos de programas médicos e sociais e cria um novo desafio: assegurar à crescente população de idosos o atendimento médico que lhes é de direito.⁵

O crescente número de pesquisas⁴⁻⁸ sobre a situação de saúde dessa parcela da população é o reflexo do aumento do interesse por essa área. Neste contexto, estudos epidemiológicos são importantes para identificar quais são os problemas prioritários para a população idosa brasileira e definir que ações devem ser privilegiadas para enfrentá-los, transferindo a ênfase dos programas de atenção aos idosos do objetivo da cura e sobrevivência, para o da melhora do estado funcional e do bem-estar. Em termos médicos, o aumento do número de idosos em uma população se traduz em maior quantidade de problemas de longa duração, que, com frequência, para um cuidado adequado, dependem de intervenções custosas envolvendo tecnologias complexas⁴.

Um dos agravos mais frequentes em fases tardias da vida é a demência, que se caracteriza por presença de declínio da função cognitiva, incluindo a memória e a interferência no funcionamento ocupacional ou social³. Durante o século XVIII a demência era tida como um estado terminal de vários transtornos mentais, neurológicos e físicos, tendo sido considerada uma consequência da incompetência psicossocial do paciente. No início do século passado estabeleceu-se o paradigma cognitivo, isto é, definiu-se que a característica essencial da demência era o comprometimento intelectual.⁹

O DSM-IV¹⁰ indica que o diagnóstico de demência consiste na presença de múltiplos déficits cognitivos, que incluem comprometimento da memória e de outras funções corticais superiores como disfasia, dispraxia, disgnosia e perturbação no funcionamento executivo, que devem ser suficientemente graves a ponto de causar prejuízo significativo no desempenho de tarefas sociais ou ocupacionais.

Segundo Galucci *et al.*,¹¹ o diagnóstico diferencial deve prioritariamente tentar identificar os quadros potencialmente reversíveis, de etiologias diversas, tais como alterações metabólicas, intoxicações, infecções e deficiências nutricionais. A partir disto, pode-se pensar no diagnóstico das formas seqüelares de demência e das etiologias degenerativas primárias, sendo que neste último grupo são incluídos dois dos maiores subtipos relacionados ao envelhecimento, a doença de Alzheimer e a demência vascular.¹¹⁻¹³

A demência constitui uma das principais causas de perda da capacidade funcional em idosos que frequentemente requerem assistência com cuidados específicos a longo prazo.³ Além disso, está associada a sofrimento intenso, tanto para os pacientes como para suas famílias e para a sociedade.

Estudos epidemiológicos indicam que prevalência de demência cresce exponencialmente com a idade – dobra a cada 5 anos depois da sexta década de vida partindo de 5% aos 65 anos e atingindo aproximadamente 40% aos 85 anos.¹⁴ Além disso, estima-se que a demência responda por 45% dos custos de todos os transtornos neurológicos e psiquiátricos na senescência.

Além da demência, estágios de transição entre mudanças cognitivas comuns ao envelhecimento e demência foram identificados e, conseqüentemente, têm sido propostos diversos estudos que ligam déficit cognitivo subclínico a condições patológicas, como comprometimento cognitivo leve.¹⁵ Esta condição é particularmente importante, uma vez que, segundo Petersen *et al.*,¹⁶ o risco anual de conversão para demência gira em torno de 10 a

12%. Contudo, diagnóstico de comprometimento cognitivo é tarefa complexa e ainda não bem sistematizada na população de idosos. Além do mais, deve ser diferenciada de modificações associadas com o processo normal de envelhecimento. Para Engelhardt *et al.*,¹⁴ os quadros leves são freqüentes e felizmente muitas vezes passam despercebidos, dispensando suas vítimas de investigações dispendiosas e desgastantes. No entanto, a disfunção cognitiva, especialmente quando compromete a capacidade funcional do indivíduo, tem conseqüências diretas sobre a qualidade de vida.¹⁷

Mas do ponto de vista prático, é importante sermos capazes de identificar de forma confiável indivíduos em estágios iniciais de declínio cognitivo. Apesar de ainda gerar controvérsias, o diagnóstico precoce desta condição possibilita intervenção terapêutica, diminui os níveis de estresse para os familiares, reduz riscos de acidentes, prolonga autonomia e talvez, em alguns casos, evite ou retarde o início do processo demencial.¹⁸

Todos os esforços devem ser concentrados para que esse rastreamento possa ser realizado na atenção primária o mais precoce possível, pois esse serviço costuma ser o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde para a maioria dos indivíduos e seus cuidadores e também a via para que, quando necessário, o paciente receba atendimento especializado e tenha acesso ao serviço social.¹⁹

No Brasil e em outros países em desenvolvimento estudos populacionais sobre declínio da função cognitiva na senescência têm-se tornado cada vez mais freqüentes,^{12, 14-16, 20, 21} porém ainda não existem estimativas precisas da sua incidência e prevalência, além da falta de conhecimento sobre o atual estado de saúde, em seu conceito amplo, de pessoas com esta condição. Além do mais, sabe-se hoje que noções como de saúde e doença, aparentemente simples, referem-se a fenômenos complexos, que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais⁷. Sob esta visão é que este projeto é proposto, pois poucos são os dados publicados a este respeito em relação à população idosa da cidade de Florianópolis.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Traçar aspectos do perfil clínico, social, demográfico, comportamental e de estilo de vida da população acima de 65 anos de idade portadores de declínio cognitivo e comparar com o perfil dos idosos não comprometidos cognitivamente, residentes na comunidade do Rio Tavares, Florianópolis – SC.

2.2 Objetivo específico

Determinar a prevalência de déficit cognitivo na população com mais de 65 anos moradores no Rio Tavares.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento

Esta pesquisa é quantitativa, de caráter observacional descritivo, de delineamento transversal, com eixo temporal contemporâneo.

3.2 Local

O estudo foi realizado na comunidade do Tavares, Florianópolis (SC), que perfaz 5800 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2004.

3.3 População e amostra

Segundo registros do Centro de Saúde Rio Tavares, a população local com mais de 65 anos corresponde a 180 pessoas. A amostra, determinada com base nesta informação, foi então sorteada entre todos os moradores com mais de 65 anos e a identificação desta população-alvo foi realizada com o auxílio das Agentes Comunitárias de Saúde e dos funcionários do CS, após contato prévio com a Coordenadora do CS. Não houve recusa quanto à participação na pesquisa.

Participaram do estudo 55 idosos com 65 anos ou mais. Não foi possível obter todas as informações quanto à história de vida de um dos entrevistados (1,8%), pois se tratava de paciente acamada e não-contactuante e seu cuidador desconhecia tais informações. Em um caso (1,8%) tivemos prejuízo ao realizar o mini exame do estado mental, pois se tratava de uma paciente portadora de amaurose bilateral.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora através de entrevistas domiciliares, quando foram aplicados um questionário estruturado com 11 questões e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), anexados a este projeto.

As variáveis coletadas foram relativas a:

1. Aspectos sócio-demográficos: idade, sexo, escolaridade, estado conjugal;

2. Aspectos relacionados à morbidade: doenças auto-referidas, medicamentos em uso;
3. Indicadores de acesso e de uso de serviços de saúde: local onde busca assistência médica e data da última consulta médica;
4. Hábitos de vida relacionados à saúde, ao estilo de vida e à interação social: atividades da vida diária e atividades de lazer, pessoas que moram na mesma residência.
5. Avaliação da função cognitiva através do uso do Mini Exame do Estado Mental.

A abordagem de indivíduos com maior risco de demência (como é o caso de idosos) deve incluir sempre a avaliação das funções cognitivas. Com este objetivo, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)²² é a escala mais amplamente utilizada em todo o mundo,²³ sem que possa, contudo, estabelecer o diagnóstico de demência, o qual requer uma avaliação neuropsicológica detalhada.²⁴ Foi escolhido por ser de fácil aplicação e boa confiabilidade, além de ser instrumento amplamente usado e estudado em vários países.²⁰

O MEEM é um teste cognitivo composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada como o objetivo de avaliar áreas da cognição específicas: *orientação para tempo* (5 pontos), *orientação para local* (5 pontos), *registro de 3 palavras* (3 pontos), *atenção e cálculo* (5 pontos), *lembrança das 3 palavras* (3 pontos), *linguagem* (8 pontos) e *capacidade construtiva visual* (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos.

Neste estudo foi utilizada a versão em português traduzida por Bertolucci *et al.*,²⁵ No estudo de Bertolucci foi observado que o escore total de MMSE dependia do nível educacional dos 530 indivíduos avaliados na triagem médica de um hospital-escola de São Paulo. Esta informação foi corroborada por outros autores,^{14, 26-28} e é particularmente importante nos países em desenvolvimento, onde uma grande parcela da população apresenta baixos índices de escolaridade, especialmente entre a população idosa.²¹ A importância do assunto refere-se à preocupação em relação a diagnósticos falso-positivos (superdiagnósticos nas faixas inferiores de educação) e falso-negativos (subdiagnósticos nas faixas superiores de educação).¹⁴

Por este motivo, foi proposta a utilização de pontos de corte diferenciados de acordo com a escolaridade para o diagnóstico genérico de declínio cognitivo,²⁵ embora a questão da

sua normatização ainda esteja por ser feita em nosso meio.²⁹ Foram adotados pontos de corte propostos por Bertolucci *et al.*,²⁵ para a identificação de casos, a saber: 13 para analfabetos, 18 para baixa/média (1-8 anos de estudo) e 26 para alta escolaridade (mais de 8 anos de estudo).

Uma consideração pertinente em todos os estudos de avaliação de idosos é que alguns deles, devido a comprometimento auditivo, visual, cognitivo, além de comorbidades psiquiátricas e/ou neurológicas e/ou somáticas, não conseguem ou se recusam a responder a algumas perguntas, o que acarreta problemas de quantificação e de ponto de corte e conseqüentemente aumento de resultados falso-positivos.¹⁴ A população estudada foi identificada quanto a essas disfunções. Os itens não respondidos por qualquer motivo (sensorial, motor, recusa) foram pontuados com zero, embora isto tenha influenciado os escores e, portanto os pontos de corte.

A amostra foi dividida por faixa etária em idosos jovens (65-75 anos) e idosos velhos (≥ 75 anos) e escolaridade (analfabetos, baixa/média e alta).

3.5 Processamento e análise dos dados

Os dados levantados foram tabulados no programa Epi-Data 3.0 e submetidos à análise estatística nos programas Epi-Info 6.04, Epi-Data Analysis e Excel XP. Para comparações entre médias foi utilizada Análise de Variância; para associações entre variáveis, o Teste exato de Fischer. Nas variáveis com poucas observações, ou seja, quando não foi possível obter parâmetros (média, variância) foram utilizados testes não paramétricos (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis).

3.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da UFSC em 27/03/2006 sob o número 038/06. O consentimento informado foi obtido de todos os participantes ou de um membro da família, quando apropriado.

A participação no estudo foi voluntária. Os participantes tiveram o direito de se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem penalidade ou perda dos benefícios aos quais, de outro modo, estariam habilitados. A recusa em participar ou o abandono precoce do estudo não

afetou a qualidade ou a disponibilidade dos cuidados médicos caso esses pacientes viessem procurar atendimento no referido Centro de Saúde.

Não foram oferecidas vantagens ou compensações aos participantes. As despesas com transporte e materiais não foram reembolsadas.

O estudo não apresentou riscos aos participantes uma vez que os procedimentos realizados (entrevistas) não alteram a evolução clínica da doença.

As informações que foram obtidas a partir da pesquisa foram tratadas como privilegiadas e confidenciais e não serão liberadas ou reveladas a qualquer pessoa sem o consentimento escrito do paciente, exceto ao seu médico ou alguém designado por ele; ao investigador e ao orientador do trabalho.

4. RESULTADOS

A análise demográfica da amostra revelou a seguinte composição: quanto ao sexo, 32 mulheres (58,18%) e 23 homens (41,82%), quanto à idade, esta variou de 65,6 anos a 99,5 anos, com média de 75,75 anos (desvio padrão 7,18). Observou-se que entre a média da idade das mulheres (75,76) e dos homens (75,73) não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,98$). A distribuição demográfica da amostra pode ser vista na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição demográfica da amostra completa de acordo com a idade, escolaridade e sexo

Variável	Idade (anos)	
	65 a 75 (%)	≥ 75 (%)
	N=28	N=27
Escolaridade		
Analfabeto	5 (45,5)	6 (54,5)
Baixa/Média	19 (50,0)	19 (50,0)
Alta	4 (66,7)	2 (33,3)
Sexo		
Masculino	10 (43,5)	13 (56,5)
Feminino	18 (56,3)	14 (43,8)

A média de escolaridade no grupo estudado foi de 3,47 anos, variando de nenhuma instrução a 18 anos de estudo. A Tabela 2 mostra que entre as mulheres, a frequência de analfabetismo foi maior que entre os homens ($p=0,032$).

Tabela 02 - Distribuição da escolaridade segundo o sexo

Escolaridade	Sexo	
	Masculino (%)	Feminino (%)
	(N=23)	(N=32)
Analfabeto	1 (9,1)	10 (90,9)
Baixa/Média	18 (47,4)	20 (52,6)
Alta	4 (66,7)	2 (33,3)

A Tabela 3 apresenta a idade e MEEM segundo a escolaridade e a Tabela 4 mostra o desempenho cognitivo por faixa etária (idosos jovens e idosos velhos). Foi encontrada uma média de 20,91 pontos (desvio padrão 6,29) dos escores do MEEM (Figura 1).

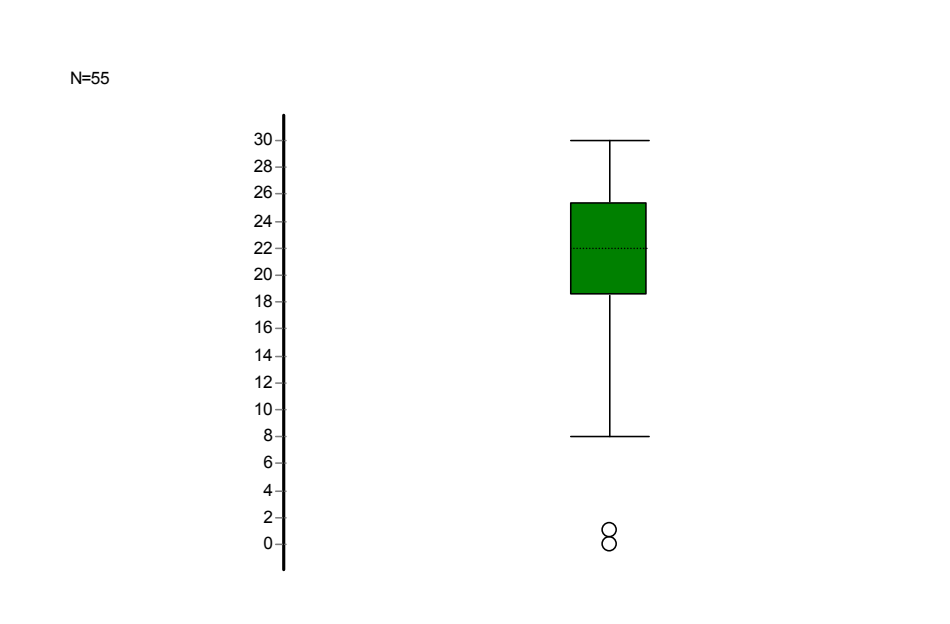


Figura 1 – “Box Plot” dos escores de MEEM

Tomando a escolaridade como base de comparação, não há diferença de idade entre os grupos, enquanto o MEEM difere significativamente ($p=0,0002$).

Tabela 3 - Médias da idade e do MEEM segundo a escolaridade

Variável	Escolaridade			p*
	Alta (dp)	Baixa/Média (dp)	Analfabeto (dp)	
Idade	71,98 (4,81)	75,71 (6,53)	77,94 (9,75)	0,42
MEEM	27,33 (3,38)	20,86 (6,56)	17,54 (3,32)	0,0002

dp: desvio padrão

*Análise de variância

Conforme esperado, na Tabela 4 vê-se que a média dos escores aumenta com a idade, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,008$). Por outro lado, a média do MEEM por escolaridade mostrou-se menor quanto maior a idade do grupo analisado, com diferença estatisticamente significativa apenas no grupo de baixa/média escolaridade ($p=0,023$).

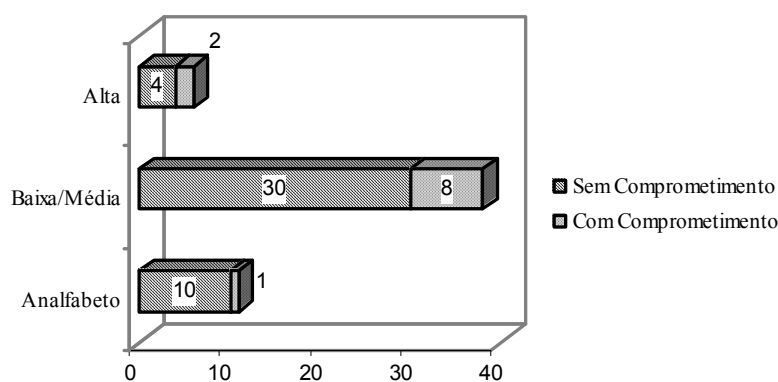
Tabela 4 - Média do MEEM por faixa etária

Variável	Faixa etária		p*
	Idosos jovens (dp)	Idosos velhos (dp)	
MEEM	23,17 (4,01)	18,55 (7,36)	0,008

dp: desvio padrão

*Análise de variância

Seguindo as divisões por ponto de corte de acordo com a escolaridade,¹⁶ um total de 11 idosos, correspondendo a 20% foram identificados como casos de comprometimento cognitivo e suspeitos de demência. Deste total, 1/11 dos analfabetos, 8/38 dos com baixa/média escolaridade e 2/6 dos com alta escolaridade são candidatos a uma avaliação clínica posterior (Figura 2).

**Figura 2** – Proporções de sujeitos com e sem comprometimento nas faixas de escolaridade

A Tabela 5 explicita que não há associação significativa entre idade, sexo e nível educacional com presença de déficit cognitivo ($p > 0,05$).

Tabela 5 - Associação bicaudal entre idade, sexo, escolaridade e déficit cognitivo

Variável	p *
Idosos velhos	0,10
Sexo feminino	1,00
Analfabeto	0,42

*Teste exato de Fischer

A distribuição demográfica dos grupos com e sem comprometimento cognitivo é apresentada para comparação na Tabela 6. Embora sem significância estatística ($p=0,14$), a média de idade dos portadores de comprometimento cognitivo (78,65 anos) foi maior que a média dos idosos cujas funções mentais estão preservadas (75,03 anos). Observou-se que a população com déficit cognitivo é composta predominantemente por idosos velhos (72,7%).

Tabela 6 - Características dos grupos com e sem comprometimento cognitivo

Variável	Frequência nos grupos	
	Com comprometimento	Sem comprometimento
Sexo		
Masculino	5 (45,5%)	18 (40,9%)
Feminino	6 (54,5%)	26 (59,1%)
Idade	78,65 (71,52-85,78) anos	75,03 (67,94-82,12) anos
Escolaridade	3,45 (0-11) anos	3,47 (0-18) anos

A distribuição por sexo mostrou uma predominância de mulheres no grupo acometido. Notou-se que mais da metade dos indivíduos com déficit cognitivo apresentam baixa/média escolaridade (72,7%).

A presença de doenças crônicas e sintomas depressivos é muito comum em ambos os grupos, onde também foi observado alto consumo de medicações para uso contínuo (Figura 3). As doenças crônicas mais citadas foram: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e coronariopatias.

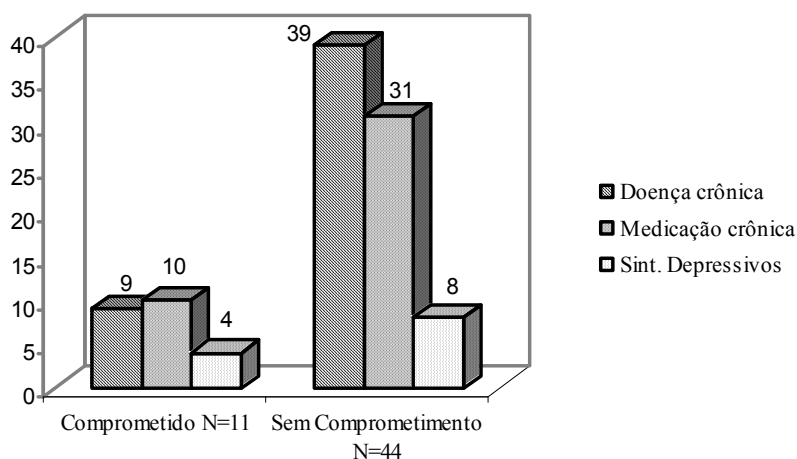


Figura 3 – Frequência de doenças crônicas, sintomas depressivos e uso de medicações crônicas: comparação entre os grupos

Avaliação da capacidade de executar tarefas da vida diária e de desenvolver atividades de lazer pelos idosos identificados como portadores e não portadores de transtornos cognitivos é apresentada na Tabela 7.

Tabela 7 - Atividades da vida diária e de lazer nos grupos

Variável	Número de sujeitos	
	Com comprometimento	Sem comprometimento
	(%)	(%)
Atividades domésticas	5 (45,5)	30 (68,1)
Atividade física	2 (18,2)	6 (13,6)
Assistir TV	3 (27,3)	7 (15,9)
Leitura	1 (9,1)	1 (2,2)
Frequentar igreja	2 (18,2)	8 (18,1)
Acamado	4 (36,4)	1 (2,2)
Nenhum tipo de atividade	2 (18,2)	2 (4,5)

As atividades mais comumente desempenhadas por estes idosos são as relacionadas aos cuidados com o lar (cozinhar, limpar a casa, cuidar de plantas ou animais). Quatro idosos são portadores de quadros demenciais severos, atribuídos pela família à Doença de Alzheimer (3 casos) e demência vascular (1 caso), condições que os restringe aos seus leitos. Outros quatro idosos, dois deles identificados com prejuízo das funções mentais e dois sem prejuízo, devido a condições físicas limitantes ou por ausência de opções de lazer, não desempenham qualquer atividade.

Outras variáveis foram também descritas nos grupos em estudo, tais como local onde costuma buscar assistência médica (Figura 4) e tempo decorrido desde a última consulta médica. Pode-se observar que a maioria dos portadores de comprometimento cognitivo (7/11) costuma frequentar o Centro de Saúde da comunidade.

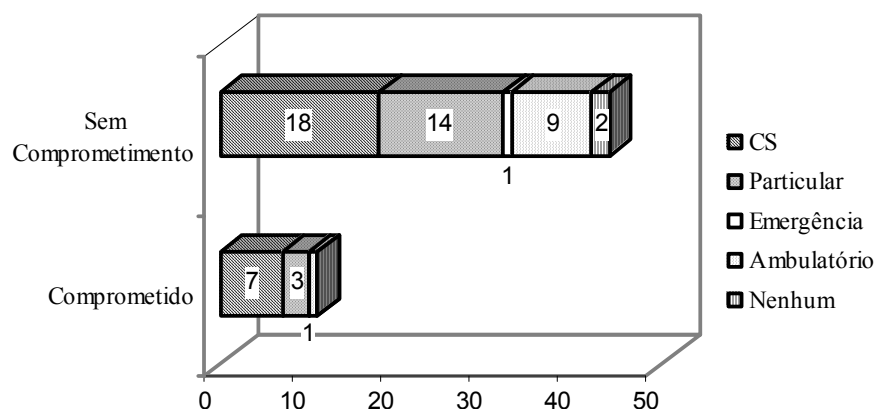


Figura 4 – Local onde buscam assistência médica: número de sujeitos em cada grupo

Em relação à última consulta, apenas 7 idosos (1 com comprometimento e 6 sem comprometimento) não foram vistos por um médico no último ano. Do restante, 22 idosos do grupo sem déficit cognitivo e 6 do grupo com déficit consultaram no último mês.

É evidente que a grande maioria dos entrevistados reside com algum familiar próximo, em muitos casos o cônjuge, e têm na aposentadoria uma fonte de renda. (Figura 5).

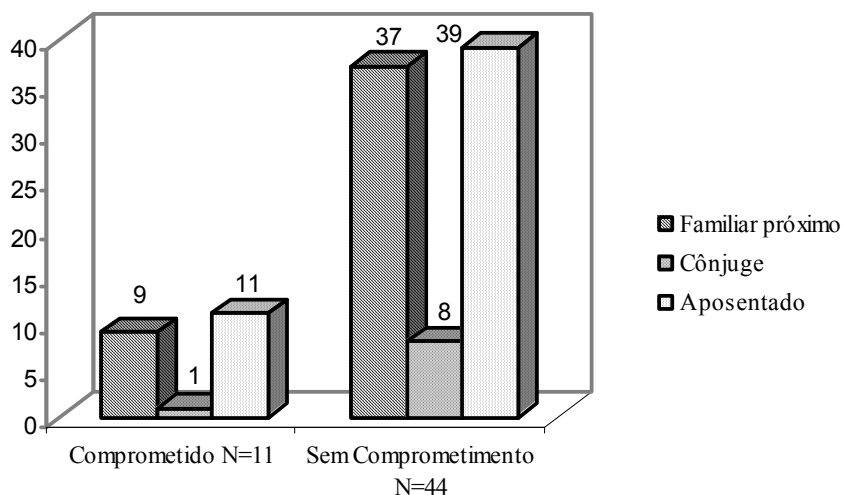


Figura 5 – Presença de rede de apoio e recebimento de benefício previdenciário: número de sujeitos em cada grupo

5. DISCUSSÃO

5.1 Déficit cognitivo

Sob o ponto de vista cognitivo, o estudo do envelhecimento normal e patológico tem sido objeto de interesse crescente no mundo inteiro, sem que o número ainda pequeno de trabalhos nessa área corresponda à importância do tema, sobretudo no nosso meio.¹⁴

Os dados obtidos no rastreamento cognitivo na população idosa da comunidade do Rio Tavares, Florianópolis – SC, apontam para uma prevalência de transtornos cognitivos de 20%. Este índice é próximo ao encontrado em estudos epidemiológicos realizados na comunidade estruturados através da utilização do Mini-exame do estado mental.^{15, 29, 30} O estudo de Tognoni *et al.*¹⁵ encontrou 16% dos idosos de uma comunidade da região central da Itália com transtorno cognitivo. O estudo brasileiro de Santo Antônio de Pádua – RJ,²⁹ assim como o presente estudo, foi realizado em uma comunidade com número relativamente pequeno de habitantes e avaliou 341 idosos acima de 65 anos, dos quais 16,51% apresentaram escores abaixo do ponto de corte especificado para nível educacional.

Em seus trabalhos, Silberman *et al.*,³¹ Herrera *et al.*²¹ e Black *et al.*³² mostraram prevalências de déficit cognitivo de 29%, 34,3% e 36,7%, respectivamente. Estas cifras elevadas, comparadas com outras encontradas na literatura nacional e internacional, podem ser explicadas através da utilização, pelos referidos autores, de pontos de corte mais altos, embora esta prática tenha a característica de aumentar a sensibilidade do rastreamento.

Investigações prévias^{21, 32, 33} encontraram uma associação inversa entre nível de escolaridade e prejuízo cognitivo. Na presente amostra, é evidente que a escolaridade exerce um impacto direto sobre o desempenho no MEEM. Esses dados corroboram os achados anteriores de autores brasileiros,²⁵⁻²⁹ mas não são capazes de fazer uma associação entre analfabetismo e déficit cognitivo, como o fizeram Black *et al.*,³² e Herrera *et al.*²¹ em seus estudos. Isto se deve provavelmente ao tamanho reduzido da população rastreada na comunidade do Rio Tavares e também devido à possibilidade de que não haja, na referida comunidade, idosos suficientes com maior nível de escolaridade.

Cabe aqui ressaltar que a associação entre baixa escolaridade e maior prevalência de transtorno cognitivo, encontrada nestes estudos, pode também ser resultado de limitações

metodológicas relacionadas à forma de medir a presença de prejuízo cognitivo com instrumentos pouco específicos ou inadequados para a realidade das populações estudadas.³

No estudo epidemiológico de Black *et al.*,³² 86,8% dos idosos analfabetos foram identificados abaixo dos pontos de corte do MEEM, em comparação com apenas 24,8% daqueles com algum grau de educação formal. A grande frequência, em nosso estudo, de comprometimento cognitivo entre os indivíduos com alta escolaridade (2/6), discordante dos valores encontrados na literatura^{21, 29, 32} pode ser explicada por um viés de seleção dos participantes, devido ao tamanho pequeno da amostra.

Houve uma tendência significativa de queda nos escores médios do MEEM conforme o aumento da faixa etária estudada. Esta informação vai ao encontro dos trabalhos de Laks *et al.*,³⁴ Herrera *et al.*²¹ e Black *et al.*,³² os quais associam idade avançada à maior prevalência de distúrbios de cognição, e do estudo de Tognoni *et al.*,¹⁵ que identifica escores mais baixos em faixas etárias elevadas. O presente estudo, devido às características de seu delineamento transversal e amostra limitada, não é capaz de apontar risco ou efeito entre idade e déficit cognitivo.

O uso de testes de rastreamento a fim de detectar estágios iniciais de declínio cognitivo, embora tenha sido validado para uma amostra brasileira,²⁵ ainda necessita de normatização. Assim, com o objetivo de se obter o diagnóstico definitivo de demência, bem como déficit cognitivo sem demência e casos falso positivos, outras avaliações mais complexas fazem-se necessárias.³¹

Deve-se lembrar, conforme referido anteriormente, de casos de falso-positivos em função de transtornos sensoriais, motores, neurológicos ou somáticos, associados ou não ao processo de envelhecimento. Isto porque em extremos de idade, essas alterações modificam resultados dos testes empregados em idosos, possivelmente causando artefatos.¹⁴

5.2 Fatores demográficos, relacionados à morbidade e hábitos de vida

O crescente aumento da expectativa de vida da população mundial ao nascimento, apesar de ser extensivo a ambos os sexos, não ocorre de modo uniforme. Como em outros países do mundo, no Brasil há um número maior de mulheres na faixa etária idosa (55%) e esta diferença se acentua com o aumento da idade.⁸ Esta informação pode ser contemplada em nosso estudo, onde as mulheres correspondem à maioria absoluta da população. Para Veras⁴, há diversas explicações para tais diferenças, que vão desde menor exposição a ocupações de risco entre as mulheres, menor consumo de álcool e tabaco até melhoria da assistência

médico-obstétrica. Uma consequência dessa longevidade da mulher em relação ao homem é a maior frequência de longos períodos de doenças crônicas.⁶

Entre os idosos do Rio Tavares que participaram deste estudo, a distribuição por sexo, idade e escolaridade, bem como a presença de doenças crônicas e uso de medicações, aponta uma semelhança muito grande entre o grupo dos identificados como comprometidos cognitivamente e o grupo sem prejuízo cognitivo. Isto revela que os participantes de ambos os grupos têm perfis sócio-demográficos e de saúde que se equivalem a perfis de idosos sem doença,^{8, 31, 35} ou com diagnóstico prévio de demência,³⁶ descritos em estudos anteriores.

O inquérito realizado em Santo Antônio de Lisboa – Florianópolis,³⁷ comunidade com perfil sócio-cultural muito semelhante ao Rio Tavares, encontrou cerca de 80% dos idosos portadores de doenças crônico-degenerativas e 76% usuários de medicamentos de uso contínuo. Da mesma maneira, o estudo desenvolvido em uma clínica terciária para atendimento de portadores de demência, no Rio de Janeiro,³⁶ apontou uma frequência de 69,9% dos pacientes com alguma doença não neurológica concomitante ao quadro demencial e 81,19% estavam submetidos a uma prescrição médica para uso crônico.

Ainda com relação à morbidade dos grupos analisados, o estudo demonstrou que a presença de sintomas depressivos é muito comum, especialmente no grupo dos idosos com comprometimento cognitivo (4/11). Esta proporção é semelhante à encontrada no estudo de Silberman *et al.*³¹ (30%) e na pesquisa de Kaway,³⁷ em Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis (26%). Esta questão, para Lima-Costa *et al.*³⁸ merece especial cuidado uma vez que em sua investigação epidemiológica, a presença de sintomas depressivos e ansiosos permaneceu positivamente associada à pior auto-avaliação da saúde.

Na presente investigação, um quinto dos idosos entrevistados são analfabetos, índice semelhante a outras casuísticas realizadas com idosos brasileiros,^{21, 31, 35, 36} cujas frequências de analfabetismo variaram de 15% a 35%. Contudo, o que mais chama a atenção é a média muito baixa de escolaridade dessa população (3,45 para os comprometidos e 3,47 para os não comprometidos). Esta situação pode ser explicada em parte pelo fato destes idosos, em sua maioria, terem vivido sua infância e adolescência em uma época em que as oportunidades de estudo eram escassas e o ensino era elitizado.³⁶

Um ponto que chama a atenção é a prática relativamente incomum de alguma atividade física rotineiramente, independente do status funcional do grupo analisado. Este fato, muito mais do que relacionado à incapacidade funcional dos idosos, pode ser atribuído à falta de opções para prática desse tipo de atividade na comunidade. Detalhes que reforçam esta suposição são o número relativamente grande de idosos que têm como principal atividade

de lazer assistir à televisão e a presença de idosos que não desempenham nenhuma atividade (lazer ou tarefas da vida diária), sem que necessariamente estejam incapacitados para tal. Esta constatação, além de causar certo desconforto, desvia a atenção para um item importante, pois segundo um inquérito realizado em um ambulatório de geriatria ligado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro¹⁷ existe uma associação considerável com prática de exercício físico de lazer e comprometimento cognitivo: os sedentários apresentaram prevalência de déficit cognitivo cerca de duas vezes maior que os ativos.

No que concerne a esta pesquisa, pode-se observar que, na maioria dos casos, a presença de transtorno cognitivo não parece ser condição determinante de incapacidade funcional, quando estes idosos são comparados ao grupo não acometido. Neste momento, cabe a reflexão sobre a distinção analítica de doença processo e doença experiência, descrita por Uchoa.⁵ Para o autor, esta distinção nos remete (1) aos dois aspectos indissociáveis dos fenômenos saúde e doença, ou seja, o processo patológico e a experiência psicossocial deste processo, (2) à importância de considerar que um aspecto não é redutível ao outro e (3) às múltiplas e constantes alterações que existem entre eles. Como exemplo tem-se que a maioria dos idosos desempenha normalmente atividades relacionadas aos cuidados com o lar (cozinhar, limpar a casa, cuidar de plantas ou animais), independente de sua condição cognitiva. Além do mais, muitos contam com uma rede de apoio por participarem de grupos de convivência (igrejas, grupos de idosos). Garrido *et al.*⁸ comentam que tais iniciativas, capazes de promover o bem-estar da população idosa, ainda são tímidas no Brasil, mas lentamente começam a surgir centros de convivência alojados em clubes ou paróquias.

Neste parecer, contudo, nosso estudo discorda da literatura⁶, que atribui a solidão na velhice à falta de companhia decorrente de transformações que se operam no interior das famílias. Segundo Veras,⁶ nos grandes centros urbanos tem aumentado a proporção de pequenas famílias em detrimento de um padrão familiar extenso. Esta não é uma característica do Rio Tavares, um bairro que embora pertença à capital do estado e tenha apresentado grande crescimento populacional nos últimos anos, ainda hoje preserva traços de um vilarejo, onde quase todos os moradores, especialmente os mais antigos, se conhecem e têm relações de confiança e amizade.

Neste contexto, a família desempenha um papel central na vida dos indivíduos e um traço marcante é a solidariedade sócio-cultural, característica comum no Rio Tavares, local em que a maioria dos entrevistados vive com suas famílias. Pôde-se observar que eles não são colocados em instituições que abrigam idosos nem mesmo nos estágios mais avançados de demência. Esta característica concorda com o estudo de Vale e Miranda,³⁶ que a atribuem não

apenas a fatores culturais da população, mas também à condição econômica das famílias. Os mesmos autores afirmam que sempre que um cuidado formal faz-se necessário, ele é, na maioria das vezes, fornecido pelo cônjuge ou pela filha.

A forte relação entre apoio familiar e bem estar de idosos enfermos tem sido amplamente investigada. O estudo qualitativo, realizado com mulheres idosas na cidade de Bambuí – MG⁵ mostrou que a avaliação da gravidade e da relevância de um problema de saúde era determinada pela possibilidade de enfrentá-lo, mais do que pelo problema em si. E essa possibilidade estava associada ao apoio familiar e ao acesso a cuidados médicos, facilitado ou dificultado pelo poder aquisitivo.

No que se refere à busca por serviços de saúde, constatou-se que a maioria dos idosos têm acesso a este serviço, uma vez que metade do grupo sem comprometimento cognitivo (22/44) e a maior parte do grupo com comprometimento (6/11) compareceram a consultas médicas no último mês. Chama a atenção o fato de que dois terços dos idosos identificados com prejuízo cognitivo freqüenta o Centro de Saúde do Rio Tavares. É fato que os idosos apresentam mais problemas de saúde que a população geral⁸ e conforme já descrito anteriormente, a maioria dos participantes do estudo são portadores de doenças crônicas. Cabe aqui a reflexão sobre a qualidade dos serviços oferecidos a estas pessoas bem como a importância quanto à qualificação dos médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde na detecção precoce de déficit cognitivo.

Com relação ao aspecto econômico, aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de rendimentos de quase todos os idosos entrevistados, o que condiz com a situação de outros idosos em diversas regiões do país.³⁹ Soma-se a isto o fato de que a possibilidade de gerar novos recursos a fim de complementar a renda com um trabalho remunerado é quase nenhuma, ainda que no Brasil não existam proibições legais ao trabalho do idoso.⁶ Como consequência, tem-se a infeliz associação entre velhice e pobreza, que tende a ser agravada pela diminuição do *status* social do idoso, muito comum em nossa sociedade, decorrente da valorização da atual ideologia do saber - gerada pelo conhecimento técnico-científico, dominado pelos jovens.⁴

5.3 Limitações do estudo

No que se refere à metodologia, a principal limitação do trabalho foi o tamanho reduzido da amostra, que impediu a realização de determinadas associações para comparar os grupos com e sem déficit cognitivo. Além disso, o desempenho em atividades da vida diária poderia ter sido avaliado de maneira mais ampla, requintando o diagnóstico sindrômico de

déficit cognitivo. Por fim, teria sido interessante o questionamento sobre a auto-avaliação da saúde, preditor consistente de declínio funcional. Tais observações, contudo, não comprometem a validade do estudo ressaltando que os dados aqui obtidos não são passíveis de extrapolação para a população geral.

5.4 Considerações finais

Muitos idosos têm por hábito buscar apoio no Centro de Saúde da comunidade e apesar da alta prevalência de distúrbios cognitivos encontrada neste estudo, faz-se necessária uma reflexão sobre a maneira como estas pessoas são interpretadas pelos profissionais de saúde.

Em muitos momentos, por termos um raciocínio exclusivamente técnico, tentamos rotular com algum diagnóstico o paciente que está à nossa frente, sem nos dar conta de que o processo de envelhecimento e de entendimento entre sujeitos é profundamente influenciado por fatores sócio-culturais. Isto por vezes torna nosso raciocínio diagnóstico equivocado, uma vez que o mesmo é orientado por uma formação profissional pautada principalmente em aspectos técnicos. Muitos estamos acostumados a estruturar nossas ações para com os idosos a partir da idéia de perda (perda de papéis sociais, perda de capacidades intelectuais) e negligenciamos o fato de que muitas vezes estamos lidando com pessoas carentes de atenção, simplesmente.

É importante termos em mente que ao estabelecermos uma relação com quem tem dificuldade para se expressar devemos aguçar nossa capacidade de ouvir.

6. CONCLUSÕES

1. A prevalência de déficit cognitivo na população com mais de 65 anos residente na comunidade do Rio Tavares em Florianópolis – SC é 20%.

2. O perfil clínico, social, demográfico, comportamental e de estilo de vida dos idosos com comprometimento cognitivo se assemelha muito ao perfil dos idosos sem comprometimento.

REFERÊNCIAS

1. Paixão JR, Reichenheim CM, Michael E. A review of functional status evaluation instruments in the elderly. *Cad Saúde Públ.* 2005;21(1):7-19.
2. World population prospects: The 2004 revision [homepage na Internet]. United Nations [atualizada em 2005; acesso em 2006 Jan 20]. Disponível em: <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>.
3. Scazufca M, Cerqueira ATAR, Menezes PR, Prince M, Vallada HP, Miyazaki MCOS, *et al.* Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Cad Saúde Públ.* 2002;36(6):773-8.
4. Veras RP. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. *Cad Saúde Públ.* 1988;4(4):382-7.
5. Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad Saúde Públ.* 2003;19(3):849-53.
6. Veras R. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev Saúde Públ.* 1987;21:225-33.
7. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Públ.* 1994;10(4):497-504.
8. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl 1):3-6.
9. Bottino CMC. Demência: quadro clínico e critérios diagnósticos. In: Almeida OP, Nitrini R, editores. *Demência*. São Paulo: Fundo Editorial Byk; 1995. p. 13-29.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed. Washington, DC, American Psychiatric Association; 1994.
11. Gallucci JN, Tamelini MG, Forlenza OV. Diagnóstico diferencial das demências. *Rev Psiquiatr Clin.* 2005;32(3):119-30.
12. Yamada T, Kadekaru H, Matsumoto S, Inada H, Tanabe M, Moriguchi EH, *et al.* Prevalence of dementia in the older Japanese-Brazilian population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2002;52:71-5.
13. Smid J, Nitrini R, Bahia VS, Caramelli P. Caracterização clínica da demência vascular: avaliação retrospectiva de uma amostra de pacientes ambulatoriais. *Arq Neuropsiquiatr.* 2001;59(2-B):390-3.

14. Engelhardt E, Laks J, Rozenthal M, Von Poser NAS, Menkes C, Franco Neto CPB, *et al.* Idosos velhos ("oldest old"): rastreamento cognitivo com o MMSE. *Rev Bras Neurol.* 1997;33(4):201-6.
15. Tognoni G, Ceravolo R, Nucciarone B, Bianchi F, Dell'Agnello G, Ghicopulos I, *et al.* From mild cognitive impairment to dementia: a prevalence study in a district of Tuscany, Italy. *Acta Neurol Scand.* 2005;112:65-71.
16. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol.* 1999;56(3):303-8.
17. Cavalini L, Chor D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. *Rev Bras Epidemiol.* 2003;6(1):7-17.
18. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG Cummings JL, Dekosky ST. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). *Neurology.* 2001;56(9):1133-42.
19. Iliffe S, Wilcock J, Austin T, Walters K, Rait G, Turner S, *et al.* Dementia diagnosis and management in primary care. *Dementia.* 2002;1(1):11-23.
20. Bustamante SEZ, Bottino CMC, Lopes MA, Azevedo D, Hototian SR, Litvoc J, *et al.* Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos: resultados preliminares. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3-A):601-6.
21. Herrera EJ, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2002;16(2):103-8.
22. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:189-98.
23. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *JAGS.* 1992;40:922-35.
24. Caramelli P, Barbosa MT. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl 1):7-10.
25. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
26. Almeida OP. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998;56(3-B):605-12.
27. Brito-Marques PR, Cabral-Filho JE. The role of education in mini-mental state examination: a study in Northeast Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004;62(2-A):206-11.
28. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3-B):777-81.

29. Laks J, Batista EMR, Guilherme ERL, Contino ALB, Faria MEV, Figueira I, *et al.* O mini-exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais em Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3-B):782-5.
30. Ishizaki J, Meguro K, Ambo H, Shimada M, Yamaguchi S, Hayasaka C, *et al.* A normative, community-based study of Mini-Mental State in elderly adults: the effect of age and educational level. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1998;53(6):359-63.
31. Silberman C, Souza C, Kipper L, Wu V, Diogo C, Schmitz M, *et al.* Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Rev Saúde Públ.* 1995;29(6):444-50.
32. Black A, Espino D, Mahurin R. The influence of noncognitive factors on the mini-mental state examination in older Mexican American: findings from the Hispanic EPESE. *J Clin Epidemiol.* 1999;52:1095-102.
33. Zhang M, Katzman R, Salmon D, Jin H, Cai GJ, Wang ZY, *et al.* The prevalence of dementia and Alzheimer's disease in Shanghai, China: impact of age, gender, and education. *Ann Neurol.* 1990;27(4):428-37.
34. Laks J, Batista E, Guilherme E, Contino ALB, Faria MEV, Rodrigues CS, *et al.* Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly: Importance of evaluating activities of daily living. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63(2-A):207-12.
35. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Públ.* 1993;27(2):87-94.
36. Vale F, Miranda S. Clinical and demographic features of patients with dementia attended in a tertiary outpatient clinic. *Arq Neuropsiquiatr.* 2002;60(3-A):548-52.
37. Kaway M. Aspectos do perfil da saúde-doença do idoso da comunidade de Santo Antônio de Lisboa, Florianópolis - SC. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2003.
38. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí *Rev Saúde Públ.* 2004;38(6):827-34.
39. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Públ.* 1997;31(2):184-200.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

ANEXOS

ANEXO I

MODELO DO QUESTIONÁRIO

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina – Aline Vitali Grando
Protocolo de Pesquisa – Déficit Cognitivo na Comunidade do Rio Tavares

Ordem _____

01. Data: ____/____/____

02. Sexo ☐ M ☐ F

03. Data de nascimento: ____/____/____

04. Escolaridade _____ (em anos estudados)

05. Ocupação ☐ trabalha ☐ aposentado ☐ aposentado e trabalha

06. Atividades atuais

07. Atividades de lazer

08. Moradia ☐ sozinho(a) ☐ com parceiro(a) ☐ com parceiro(a) e filhos ☐ com filhos
☐ com acompanhantes

09. Comorbidades ☐ Diabetes ☐ Hipertensão Arterial Sistêmica ☐ Angina/cardiopatia
☐ Melancolia/tristeza ☐ Hipotireoidismo ☐ Outras _____

10. Local onde busca assistência à saúde

☐ Posto de Saúde ☐ Emergência de Hospital ☐ Ambulatório de Hospital

☐ Consultório particular ☐ Não procura

11. Última vez que buscou assistência médica

☐ na última semana ☐ no último mês ☐ no último ano

12. Medicações de uso crônico

☐ Sim ☐ Não

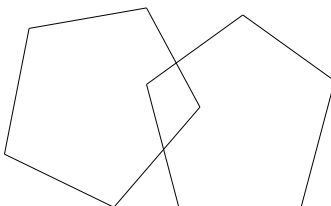
ANEXO II

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina – Aline Vitali Grando

Protocolo de Pesquisa – Déficit Cognitivo na Comunidade do Rio Tavares

Ordem:

Escore	
/5	1. Em que (ano) (estação) (dia do mês) (dia da semana) (mês) estamos?
/5	2. Onde estamos (estado) (cidade) (bairro) (local geral) (local específico)?
/3	3. Nomeie três objetos (caneca, tijolo, tapete). Solicite ao paciente que os repita. Reproduza as perguntas e respostas até que o paciente aprenda todos os três. Conte as tentativas e registre:
/5	4. Soletre a palavra “mundo” de trás para diante.
/3	5. Peça os nomes dos três objetos do item 3.
/2	6. Assinale um lápis e um relógio. Peça ao paciente que os nomeie, logo que cada um for assinalado.
/1	7. Solicite ao paciente que repita: “nem aqui, nem ali, nem lá”.
/3	8. Seguir uma ordem em três estágios: “pegue uma folha de papel com sua mão direita; dobre-a ao meio; coloque-a no chão”.
/1	9. Peça ao paciente que leia e obedeça ao seguinte: (escreva em um cartão, com letras graúdas): FECHÉ OS OLHOS.
/1	10. Solicite ao paciente que escreva uma frase de sua escolha. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.
/1	11. Peça que o paciente copie o desenho de dois pentágonos em intersecção. Verifique se todos os lados e ângulos estão preservados e se os lados em intersecção formam um quadrilátero. Para ser válido o exame, o desenho a seguir deve ser apresentado ao paciente em um cartão anexo.
	
/30	Escore total